

川崎市介護保険制度における閲覧等請求書

令和 年 月 日

(あて先) 区高齢・障害課長
地区健康福祉ステーション担当課長

介護サービス計画作成等の参考にするため、次のとおり請求します。

| | | | | | |
|-------------------|---|--|-------------|--------------------------|-----------------|
| 請求者 (使用する人・法人) | 住所 | 電話番号 () | | | |
| | 氏名 又は 事業所名 | フリガナ ※自署できない場合は記名押印 | | | |
| | 請求時 来庁者 | ※本人又は代理人が請求する場合は記入する必要はありません。 | 請求者との 関係 | | |
| 被保険者との 関係 | <input type="checkbox"/> | 本人 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ケアプラン作成者等 ※下の委任状の記入が必要となります。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 代理人【家族(続柄)・介護者】※介護者の場合は、別途申立書が必要となります。 | | | |
| | 申立欄 | 本人が請求できない理由 <input type="checkbox"/> 認知症等 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 被保険者 | 番号 | | | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 「請求者」に同じ | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 月 日 | |
| 請求の 目的 | <input type="checkbox"/> ケアプランの作成 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 必要な 帳票 | <input type="checkbox"/> | 主治医意見書 | 方法 | <input type="checkbox"/> | 閲覧 |
| | <input type="checkbox"/> | 認定情報(審査会資料又は基本調査) | | <input type="checkbox"/> | 写しの窓口交付(1ヶ月間保管) |
| | <input type="checkbox"/> | 調査票の特記事項(概況調査IV) | | <input type="checkbox"/> | 写しの郵送交付 |

委任状 (被保険者本人署名)

私は、介護サービス計画作成等のために、要介護認定・要支援認定にかかる主治医意見書及び認定調査情報の閲覧若しくは受領を、上記請求者に委任します。

(代筆) (代筆者自署)

本人執筆不可能なため、本人の意思を確認した上で代筆しました。

この請求で知り得た情報は、目的外使用を禁じます。
窓口交付において、請求後1ヶ月経過しても受け取りに来ない場合は請求を棄却します。

| | | | |
|---|---|---------------------------------|---|
| 身分確認 (本人・家族等) | ○来庁者の身分確認書類(運転免許証等) | 請求時 <input type="checkbox"/> | 受領時 <input type="checkbox"/> |
| 身分確認 (ケアプラン 作成者等) | ①介護支援専門員登録証 ②事業所との雇用関係を証明する書類 ③被保険者と事業所の契約書等 (介護予防支援の委託を受けた居宅介護支援事業者は、居宅の届出を行っている場合③は不要です) | 請求時 <input type="checkbox"/> | 受領時 <input type="checkbox"/> |
| 審査会開催日 | 年 月 日 第 合議体 | 担当 | 係長 課長 |
| 決定 | 主治医意見書 認定情報(審査会資料又は基本調査) 調査票の特記事項(概況調査IV) | 可 <input type="checkbox"/> | 不可 <input type="checkbox"/> |
| | | 不可の理由 | <input type="checkbox"/> 医師の同意がないため <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 閲覧等の請求した必要な帳票を確かに受け取りました。 令和 年 月 日 受領者名 | | 決定日 | 受付印 |